Demande d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé et son complément

cerfa 12691*01

1 – Identification de la demande

☐ Demande d'AEEH
☐ Demande de complément d'AEEH

☐ Première demande
☐ Ré-examen
☐ Renouvellement – date d'échéance : |__|__|__|__|__|__|

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MLPH : _____

2 – Identification du demandeur

Parent ou personne ayant la charge de l'enfant

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

N° d'allocataire CAF : |__|__|__|__|__|__|__|

N° de sécurité sociale ou de MSA de l'assuré(e) : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Enfant concerné par la demande

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__|

3 – Informations complémentaires sur la prise en charge actuelle de votre enfant

Votre enfant est : ☐ en internat ☐ en semi-internat ☐ en externat ☐ à domicile

depuis le : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Modalités de garde	Temps de prise en charge (en heures / semaine) et nombre de nuits par semaine	Nom et commune de l'établissement
Crèche		
Assistante maternelle		
Garde d'enfant à domicile		
Halte garderie		
Centre de loisirs		
Centre de vacances		
Autres		

Scolarisation, formation et soins	Temps de prise en charge (en heures / semaine) et nombre de nuits par semaine	Nom et commune de l'établissement
Ecole, collège, lycée, enseignement supérieur		
Etablissement et service médico-social ou sanitaire		
Etablissements autres		

Pour les 3 cas mentionnés ci-dessus, indiquez si les frais, pour votre enfant, sont pris en charge à 100% par l'assurance maladie, l'aide sociale ou l'Etat ? ☐ OUI ☐ NON

1er exemplaire à retourner à la MLPH • 2e exemplaire à retourner à la MLPH • 3e exemplaire à conserver

EMPLACEMENT RÉSERVÉ

P1110501 U

DAEEH

Demande d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé et son complément

4 – Vous vivez en couple

▶ **Veuillez préciser l'identité de votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) :**

☐ Mademoiselle ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de naissance : _____

Nom d'époux(se) : _____

Prénom : _____

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Lieu de naissance : Département : |_|_| Commune : _____

Pays : _____

Nationalité : ☐ Française ☐ EEE * ou Suisse ☐ Autre

*** Les pays de l'Union Européenne et de l'Espace Économique Européen : Allemagne, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède.**

Son N° de sécurité sociale ou de MSA : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

▶ **Est-il (elle) inscrit(e) à la CAF ou à la MSA du département de résidence ?** ☐ OUI ☐ NON

Préciser son N° d'allocataire CAF : |_|_|_|_|_|_|_|

Ou cocher cette case s'il(elle) relève de la MSA ☐

Nom et adresse de l'organisme : _____

Nom : _____

Adresse : _____

N° : _____ Rue : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

EMPLACEMENT RÉSERVÉ

P1110501 U

DAEEH

Demande d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé et son complément

5 – Situation professionnelle

Demandeur

▶ Vous travaillez :

☐ à temps plein ☐ à temps partiel

(précisez ci-dessous le pourcentage et, le cas échéant, les modalités particulières) :

_____ %

Vous êtes :

☐ salarié(e)
☐ travailleur(se) indépendant ou employeur
☐ stagiaire de la formation professionnelle

▶ Vous ne travaillez pas

(cochez la case correspondant à votre situation)

☐ à la retraite
☐ en retraite anticipée
☐ congé parental d'éducation
jusqu'au : |_|_|_|_|_|_|_|_|
☐ congé de présence parentale
jusqu'au : |_|_|_|_|_|_|_|_|
☐ arrêt de travail avec indemnités journalières
(maladie – maternité – paternité – accident du travail)
☐ bénéficiaire AAH (taux d'incapacité de 50 à 79 %)
☐ bénéficiaire AAH (incapacité à partir de 80 %)
☐ bénéficiaire ASSEDIC ou autre revenu de substitution, précisez : _____
☐ chômage non indemnisé
☐ titulaire d'une rente pour Accident du Travail
précisez taux ou catégorie : _____
☐ titulaire d'une pension d'invalidité,
précisez taux ou catégorie : _____
☐ bénéficiaire du Revenu Minimum d'Insertion
☐ sans activité professionnelle
☐ autres cas – précisez : _____

Conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e)

▶ Il(elle) travaille :

☐ à temps plein ☐ à temps partiel

(précisez ci-dessous le pourcentage et, le cas échéant, les modalités particulières) :

_____ %

Il(elle) est :

☐ salarié(e)
☐ travailleur(se) indépendant ou employeur
☐ stagiaire de la formation professionnelle

▶ Il(elle) ne travaille pas

(cochez la case correspondant à sa situation)

☐ à la retraite
☐ en retraite anticipée
☐ congé parental d'éducation
jusqu'au : |_|_|_|_|_|_|_|_|
☐ congé de présence parentale
jusqu'au : |_|_|_|_|_|_|_|_|
☐ arrêt de travail avec indemnités journalières
(maladie – maternité – paternité – accident du travail)
☐ bénéficiaire AAH (taux d'incapacité de 50 à 79 %)
☐ bénéficiaire AAH (incapacité à partir de 80 %)
☐ bénéficiaire ASSEDIC ou autre revenu de substitution, précisez : _____
☐ chômage non indemnisé
☐ titulaire d'une rente pour Accident du Travail
précisez taux ou catégorie : _____
☐ titulaire d'une pension d'invalidité,
précisez taux ou catégorie : _____
☐ bénéficiaire du Revenu Minimum d'Insertion
☐ sans activité professionnelle
☐ autres cas – précisez : _____

6 – Emploi d'une tierce personne et durée de son activité

Lorsque vous recourez à l'emploi rémunéré d'une tierce personne, associé ou substitué à une réduction de votre activité professionnelle et motivé par la situation de votre enfant, vous pouvez également avoir droit à l'une des catégories du complément d'allocation.

Nombre d'heures par semaine ☐ 8 heures ☐ 20 heures ou |_|_|_| heures

Si l'emploi n'est pas régulier, veuillez estimer le nombre d'heures par an : |_|_|_|_| heures

1er exemplaire à retourner à la MLPH • 2e exemplaire à retourner à la MLPH • **3e exemplaire à conserver**

EMPLACEMENT RÉSERVÉ

P1110501 U

DAEEH

Demande d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé et son complément

7 – Frais supplémentaires liés au handicap

Aides techniques, appareillages, frais médicaux ou para-médicaux divers non ou partiellement remboursés par votre assurance maladie et/ou vos mutuelles complémentaires, couches, alèses et autres.

NATURE DES FRAIS	COUTS			PERIODICITE
	Financeurs sollicités	Montant Obtenu	Montant à votre charge	Semaine, mois, année, occasionnelle
	TOTAL			

8 – Procédure simplifiée

☐ Je souhaite bénéficier d'une procédure simplifiée

☐ Je m'oppose à ce que mon dossier fasse l'objet d'une procédure simplifiée

Le choix de la procédure simplifiée et ses conséquences sont expliqués dans le mode d'emploi figurant à l'intérieur de la chemise de demande qui vous a été fournie avec ce formulaire.

9 – Date et lieu de la déclaration

Fait à : _____ Le : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Signature du représentant légal

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations *(Article L 114-13 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal - Article L 135-1 du Code de l'action sociale et des familles)*.
La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées.
Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.

EMPLACEMENT RÉSERVÉ

P1110501 U

DAEEH

Demande d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé et son complément

10 – Pièces à joindre

Pour permettre le traitement rapide de votre demande, pensez à joindre à ce formulaire daté les documents suivants :

▶ **Pour une première demande (si vous n'êtes pas déjà allocataire à la Caf ou à la MSA)**

☐ Certificat médical du médecin traitant, daté de moins de 3 mois
Ce document est confidentiel : il doit être renvoyé sous enveloppe cachetée portant votre adresse.

☐ Un relevé d'identité bancaire, postal ou d'épargne
☐ Une déclaration de ressources Caf ou MSA selon le régime dont vous dépendez

Si vous êtes de nationalité française ou ressortissant de l'EEE * ou Suisse :

☐ La photocopie lisible d'un des documents suivants, (pour vous-même, votre conjoint(e), concubin(e), pacsé(e), chaque enfant ou autre personne vivant au foyer) : carte nationale d'identité *ou* livret de famille *ou* passeport *ou* extrait d'acte de naissance *ou* carte d'ancien combattant ou d'invalidité *ou* titre de séjour

Si vous êtes ressortissant d'un Etat hors EEE* ou Suisse :

☐ La photocopie lisible d'un des documents suivants :
– pour vous-même : de votre titre de séjour en cours de validité
– pour votre conjoint(e), concubin(e), pacsé(e), chaque enfant de 18 ans et plus, chaque autre personne vivant au foyer : du livret de famille *ou* du titre de séjour *ou* de l' extrait d'acte de naissance

Si vous êtes réfugié ou apatride :

☐ La photocopie lisible des documents suivants : le titre de séjour en cours de validité *ou* le récépissé de demande de titre de séjour de 3 mois renouvelables portant la mention « *reconnu réfugié* » ou « *admis au séjour au titre de l'asile* » *ou* la photocopie lisible du certificat de réfugié par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides

Si vos enfants sont de nationalité étrangère et sont nés à l'étranger (hors EEE* ou Suisse) :

☐ Extrait d'acte de naissance ou livret de famille ou certificat de l'Agence nationale d'accueil des étrangers et des migrations (ANAEM) délivré dans le cadre d'un regroupement familial pour les enfants de moins de 18 ans ou titre de séjour pour les enfants de plus de 18 ans

Si vous avez recours à l'emploi d'une tierce personne

☐ La photocopie lisible de l'un des documents suivants :
• le contrat de travail, une fiche de paie, la déclaration Urssaf ou autre document

Si vous avez des frais supplémentaires

☐ Facture, devis d'aménagement du domicile, du véhicule ou de matériel

▶ **Pour un renouvellement ou une première demande si vous êtes déjà allocataire à la Caf ou à la MSA**

☐ Certificat médical du médecin traitant, daté de moins de 3 mois
Ce document est confidentiel : il doit être renvoyé sous enveloppe cachetée portant votre adresse.

Si vous avez recours à l'emploi d'une tierce personne

☐ La photocopie lisible de l'un des documents suivants :
• le contrat de travail, une fiche de paie, la déclaration Urssaf ou autre document

Si vous avez des frais supplémentaires

☐ Facture, devis d'aménagement du domicile, du véhicule ou de matériel

*** Les pays de l'Union Européenne et de l'Espace Économique Européen : Allemagne, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède.**